

Programa de apoyo familiar (FSP, por sus siglas en inglés)

Paquete de solicitud

Junio de 2018

Presentación de la solicitud para el Programa de apoyo familiar (FSP)

El Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés), el organismo del estado responsable del FSP, ha designado a eQHealth Solutions, Inc. (eQHealth) para prestar apoyo administrativo y clínico al FSP, que incluye la revisión de las solicitudes presentadas para el FSP.

La solicitud para el FSP se considerará completa cuando toda la documentación incluida en la Lista de control de la solicitud del FSP haya sido reunida y enviada a eQHealth para su revisión. Esto incluye una firma del padre, la madre o el tutor en la Sección 5, Solicitud para determinación de la elegibilidad, que dé fe de que el padre, la madre o el tutor revisó toda la solicitud y consiente el envío de la solicitud al HFS y a su representante, eQHealth, con el objetivo de determinar la elegibilidad para el FSP.

Las solicitudes completadas para el FSP pueden ser presentadas por el padre, la madre o el tutor de la(del) joven o, si el padre, la madre o el tutor lo solicitan, por el proveedor de Servicios de Detección, Evaluación y Apoyo (SASS, por sus siglas en inglés) designado para la(el) joven. Puede encontrar una lista de los proveedores de SASS en la [página web de proveedores de SASS del HFS](#).

Las solicitudes para el FSP pueden enviarse a eQHealth de cualquiera de las maneras siguientes:

1. enviando la solicitud por fax al (800) 418-4039 usando la línea de asunto "FSP Application for Review" (Solicitud para el FSP para revisión); o,
2. enviando la solicitud por correo postal a la dirección siguiente:

eQHealth Solutions, Inc.
Attn: FSP Technical Coordinator
2050-10 South Finley Road
Lombard, IL 60148

Lista de control de la solicitud para el FSP

1. Formulario de solicitud para el FSP completado, que incluya cada una de las partes siguientes:
 - Sección 1, Información general (p. 4), incluido un Número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) comprobable de la(del) joven.

NOTA: Después del envío de la solicitud, eQHealth puede solicitar que le envíen una copia de la Tarjeta del Seguro Social de la(del) joven para fines de verificación. Los solicitantes del FSP deben estar preparados para enviar una copia del SSN de la(del) joven dentro de los 30 días posteriores a la notificación de eQHealth.
 - Sección 2, Información financiera de la familia (p. 5), que incluye:
 - Copia de las declaraciones de impuestos del padre, la madre o el tutor correspondientes al último año calendario, si se presentaron.
 - Copia de las declaraciones de impuestos de la(del) joven correspondientes al último año calendario, si se presentaron.
 - Sección 3, Historial de tratamiento de salud conductual de la(del) joven (p. 6-7)
 - Esta sección debe abarcar al menos los últimos 12 meses de servicios de salud mental, servicios de consumo de sustancias y los medicamentos que recibió el menor de edad.
 - Sección 4, Reconocimiento de las responsabilidades de padres o tutores del FSP (p. 8)
 - Sección 5, Solicitud para determinación de continuación de la elegibilidad (p. 9), que incluye:
 - Firma del padre, la madre o el tutor confirmando que revisó la aplicación para constatar que la información provista fuera exacta y completa; y,
 - Firma del coordinador del FSP de la(del) joven si el coordinador del FSP está presentando la solicitud.
2. Copia del acta de nacimiento de la(el) joven.
3. Orden judicial definiendo la custodia y/o la tutela de personas que no son los padres, si procede.
4. Evaluación psiquiátrica fechada dentro de los 90 días posteriores al envío de la solicitud, que incluye: examen del estado mental, un diagnóstico principal específico y todos los demás diagnósticos, medicamentos, un resumen del tratamiento y las recomendaciones.
5. Copia de la Evaluación de salud mental actual de la(del) joven, fechada dentro de los 45 días posteriores al envío de la solicitud.

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL FSP

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la(del) joven		N.º de identificación del beneficiario <input type="checkbox"/> N/A	N.º del Seguro Social:		Fecha de nacimiento
Género	Idioma principal	Número de teléfono <input type="checkbox"/> N/A	Ciudadana(o) estadounidense <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad de personas que viven en el hogar
Domicilio de la(del) joven		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Raza		Etnia			
<input type="checkbox"/> Indígena americana(o) o nativa(o) de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática(o) <input type="checkbox"/> Negra(o)/afroamericana(o)		<input type="checkbox"/> Nativa(o) de Hawái/Otra(o) isleña(o) del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispana(o) <input type="checkbox"/> Blanca(o)			<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Hispana(o) <input type="checkbox"/> No hispana(o)
Servicios de intérprete		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> TDD/TTY <input type="checkbox"/> Lengua de señas americana <input type="checkbox"/> Lenguaje hablado: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Información de los Padres/tutores	Nombre	Relación con la(el) menor de edad:		Número de teléfono	
	Dirección	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) Ciudad		Estado	Código postal Condado
Información de los Padres/tutores	Nombre	Relación con la(el) menor de edad:		Número de teléfono	
	Dirección	<input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) Ciudad		Estado	Código postal Condado
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/> Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Vida independiente <input type="checkbox"/> Vive con sus padres, parientes o tutores <input type="checkbox"/> Instalación gestionada por el estado (salud mental/discapacidad del desarrollo) <input type="checkbox"/> Cárcel o centro correccional		<input type="checkbox"/> Entorno residencial/institucional (centro de tratamiento residencial, asilo) <input type="checkbox"/> Cuidados de crianza <input type="checkbox"/> Otra: _____		
	Nivel educativo (último que se completó)	<input type="checkbox"/> Nunca asistió a la escuela <input type="checkbox"/> 2.º grado <input type="checkbox"/> 5.º grado <input type="checkbox"/> 8.º grado <input type="checkbox"/> 11.º grado <input type="checkbox"/> Preescolar/Kindergarten <input type="checkbox"/> 3.º grado <input type="checkbox"/> 6.º grado <input type="checkbox"/> 9.º grado <input type="checkbox"/> Certificado de preparatoria <input type="checkbox"/> 1.º grado <input type="checkbox"/> 4.º grado <input type="checkbox"/> 7.º grado <input type="checkbox"/> 10.º grado <input type="checkbox"/> Certificado GED (Desarrollo Educativo General)			
Información de la escuela (opcional)	Nombre de la escuela	Nombre del contacto principal	Rol del contacto principal	Número de teléfono	
	Número principal de la escuela	Dirección de la escuela	Ciudad	Código postal	
Información del proveedor de SASS (opcional)	Nombre de la agencia	Nombre del coordinador del FSP		Teléfono del coordinador del FSP	
	Dirección de la agencia	Ciudad	Código postal	Condado	

2. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA FAMILIA

Complete toda esta sección de la mejor manera posible. De ser necesario, adjunte páginas adicionales a este paquete de solicitud.

Cobertura de seguro de la(del) joven (indique todos los tipos de seguro, incluida la cobertura de Medicaid/All Kids cuando proceda)

Nombre de la(s) compañía(s) de seguros _____

Número(s) de póliza _____

Costos de prima: \$ _____ Semanal Quincenal Dos veces al mes Trimestral Anual

¿Se trata de un plan de salud para jubilados? ¿Se trata de un plan COBRA? ¿El plan cubre al menos el 60 % de los costos de la prestación?

Sí No No lo sé

Sí No No lo sé

Sí No No lo sé

Haga una lista de todas las propiedades que posee el padre/la madre/el tutor o la(el) joven, tales como una casa, casa de vacaciones, tiempo compartido, edificio o terreno.

Nombre del propietario	Dirección	Tipo	Valor actual	Monto adeudado

¿El padre/la madre/el tutor o la(el) joven posee alguno de los recursos siguientes? Marque todos los que correspondan.

- | | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empresa | <input type="checkbox"/> Herencia | <input type="checkbox"/> Caja de ahorro | <input type="checkbox"/> Derechos mineros/petroleros | <input type="checkbox"/> Pagaré/préstamo |
| <input type="checkbox"/> Dominio vitalicio | <input type="checkbox"/> Plan de funeral/sepelio | <input type="checkbox"/> Cuenta corriente | <input type="checkbox"/> Cuenta de mercado monetario | <input type="checkbox"/> Compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Renta vitalicia | <input type="checkbox"/> Fondos comunes de inversión | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios | <input type="checkbox"/> Bonos del gobierno |
| <input type="checkbox"/> Parcela(s) en un cementerio | <input type="checkbox"/> IRA/401K | <input type="checkbox"/> Acciones, bonos | <input type="checkbox"/> Cuenta para el hogar de ancianos | <input type="checkbox"/> Hipoteca inversa |
- Otros recursos financieros: Indique _____

Nombre del propietario	Tipo de recurso	Valor actual	Nombre del banco, compañía, etc.

Ingreso familiar

Ingreso de la(del) joven en el último año calendario: _____ Ingreso bruto ajustado Neto

Ingreso previsto de la(del) joven para este año: _____ Ingreso bruto ajustado Neto

Se adjunta la última declaración de impuestos federales de la(del) joven No se presentó ninguna declaración de impuestos federales en nombre de la(del) joven

Ingreso de los padres/tutores en el último año calendario: _____ Ingreso bruto ajustado Neto

Ingreso previsto de los padres/tutores para este año: _____ Ingreso bruto ajustado Neto

Se adjunta la última declaración de impuestos federales de los padres/tutores No se presentó ninguna declaración de impuestos federales

Haga una lista de todas las prestaciones sociales recibidas actualmente en nombre de la(del) joven, sin incluir asistencia médica (All Kids) o Medicare.

Tipo	Fecha de vigencia	Monto de la prestación mensual	Beneficiario
Seguro Social			
Seguridad de Ingreso Suplementario			
Asistencia estatal en efectivo (es decir, el Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas o TANE, por sus siglas en inglés)			
Subsidio por adopción			
Otra: _____			
Otra: _____			

Resuma cómo los padres/tutores reciben ingresos anualmente.

Tipo	Monto actual	Destinatarios/beneficiarios	Descripción
Empleo			
Inversiones			
Prestaciones sociales			
Otra: _____			

4. Reconocimiento de las responsabilidades de padres o tutores del FSP

La participación en el Programa de Apoyo Familiar exige que el padre, la madre o el tutor de la(del) joven acepte cumplir con las responsabilidades de los padres o tutores del FSP, que se describen a continuación. Para completar esta sección:

1. repase detenidamente cada responsabilidad de los padres o tutores;
2. coloque sus iniciales junto a cada requisito para indicar que ha leído y acepta cumplir las responsabilidades de padres o tutores, en caso de que se determine que la(el) joven es elegible para participar en el FSP; y
3. firme y feche este Reconocimiento en el espacio correspondiente provisto a continuación.

Responsabilidades de padres o tutores del FSP

Si se determina que la(el) joven que solicita los servicios es elegible para participar en el FSP, acepto:

- _____ Iniciales 1. Participar activamente en el tratamiento de la(del) joven.
- _____ Iniciales 2. Ser la(el) principal responsable ante cualquier obligación financiera relacionada con la participación en el programa. Esto puede incluir ser responsable de los servicios que no están cubiertos por el FSP (por ejemplo, transporte, cualquier equipo necesario).
- _____ Iniciales 3. Brindar asistencia para identificar y coordinar el financiamiento de los servicios de todas las fuentes disponibles, incluida la cobertura de seguro.
- _____ Iniciales 4. Brindar asistencia para completar todas las solicitudes para programas de ayuda pública, lo que incluye Asistencia médica del HFS, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), prestaciones del Seguro Social (SSA), y otros programas según corresponda.
- _____ Iniciales 5. Completar y enviar todos los formularios y documentos requeridos por el HFS.
- _____ Iniciales 6. Trabajar con mi coordinador del FSP para notificar al HFS acerca de cualquier cambio en lo siguiente:
- Los ingresos o activos financieros del padre, la madre, el tutor o la(el) joven).
 - El nivel de ayuda financiera de fuentes públicas del padre, la madre, el tutor o la(el) joven).
 - La cobertura de atención médica de la(el) joven.
 - El domicilio del padre, la madre o el tutor.
 - La tutela o custodia legal de la(el) joven.
- _____ Iniciales 7. En caso de que la(del) joven reciba tratamiento en un entorno de tratamiento residencial:
- notificar al HFS sobre todos los activos y las fuentes de ayuda financiera pública de la(el) joven;
 - poner a disposición todas las fuentes de ayuda financiera pública para la(el) joven, que incluyen, entre otras, la SSA y el SSI, para aplicarlas a los costos del tratamiento residencial, en la medida dispuesta por la ley;
 - coordinar todas las funciones, los procesos y el financiamiento educativos con el distrito escolar local de la(del) joven para garantizar el cumplimiento de los requisitos de asistencia obligatoria a la escuela, tal como se enuncian en la Sección 26-1 del Código Escolar de Illinois;
 - participar y cooperar con los requisitos del centro de tratamiento residencial en cuanto al cuidado de la(del) joven, que incluyen el tratamiento y el alta médica a la familia y la comunidad;
 - cubrir los costos habituales y acostumbrados de la paternidad o la tutela, que incluyen: ropa, gastos médicos, gastos dentales, mesada, imprevistos y costos del transporte hacia y desde el centro de tratamiento residencial; y,
 - aceptar que la(el) joven regrese al hogar o hacerse responsables exclusivos de encontrar un lugar de residencia para la(el) joven después del alta médica del tratamiento residencial.

Firma

Padre/madre/tutor legal
(nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

5. Solicitud para determinación de la elegibilidad

Certificación del padre/la madre/el tutor – Al firmar a continuación, confirmo que:

- Leí toda la información en esta solicitud y, según mi leal saber y entender, toda la información incluida en esta solicitud es correcta.
- Entiendo que las solicitudes incompletas serán devueltas sin haber sido revisadas para determinar la elegibilidad.
- Entiendo que, si se determina que mi hija(o) joven califica para seguir participando en el FSP, la información confidencial que contiene esta solicitud se compartirá con el proveedor de SASS asignado para trabajar con mi familia con el objetivo de prestar o acordar servicios del FSP. Entiendo que seré notificado sobre el nombre y la información de contacto de mi proveedor de SASS asignado. El tipo de información que se revelará incluye el nombre de mi hija(o), información demográfica, mi información de contacto, la información financiera de mi familia y la historia clínica de mi hija(o) que se envió como parte de esta solicitud para el FSP.
- Entiendo que, si se determina que mi hija(o) califica para el FSP, ella(él) recibirá 180 días de la elegibilidad inicial para el programa. Entiendo que seré responsable de completar un Paquete de solicitud para continuar inscrito en el FSP dentro de los últimos 30 días del período de elegibilidad de mi hija(o) si deseo que mi hija(o) sea autorizada(o) para otros 180 días de elegibilidad para el FSP.

(Escoja una)

- Decidí completar esta solicitud SIN la asistencia de mi coordinador del FSP. Envío esta solicitud y toda la documentación de respaldo requerida al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias a través de su representante, eQHealth Solutions, Inc., de modo que pueda tomar una determinación sobre la elegibilidad para el FSP. Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento comunicándome con eQHealth.

Padre/madre/tutor legal (nombre en letra de imprenta) Firma Fecha

- Decidí completar esta solicitud con la asistencia de mi coordinador del FSP y todo lo siguiente es verdadero:
- Mi coordinador del FSP repasó conmigo los criterios de elegibilidad para el FSP;
 - Tuve la oportunidad de hacerle preguntas a mi coordinador del FSP acerca del proceso de solicitud;
 - Se me informó que tengo derecho a revisar y copiar la información incluida en esta solicitud;
 - Solicito que mi coordinador del FSP envíe en mi nombre esta solicitud y toda la documentación de respaldo requerida al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias a través de su representante, eQHealth, de modo que pueda tomar una determinación sobre la elegibilidad para el FSP; y
 - Entiendo que puedo retirar esta solicitud en cualquier momento comunicándome con eQHealth o mi coordinador del FSP.

Padre/madre/tutor legal (nombre en letra de imprenta) Firma Fecha

Declaración del coordinador del FSP – esta sección debe completarse si el padre, la madre o el tutor decide completar esta solicitud con la asistencia de un coordinador del FSP.

Al firmar a continuación, confirmo que:

- soy el coordinador del FSP que ha prestado asistencia al padre, la madre o el tutor para completar esta solicitud para el FSP;
- repasé los criterios de elegibilidad para el FSP con el padre, la madre o el tutor;
- le di al padre, la madre o el tutor la oportunidad de hacerme preguntas acerca del FSP y el proceso de presentación de una solicitud;
- le informé al padre, la madre o el tutor que tiene derecho a revisar y copiar la información incluida en esta solicitud;
- el padre, la madre o el tutor me solicitó que enviara en su nombre esta solicitud y toda la documentación de respaldo requerida al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias a través de su representante, eQHealth, de modo que pueda tomar una determinación sobre la elegibilidad para el FSP; y
- le informé al padre, la madre o el tutor sobre el proceso para retirar esta solicitud.

Coordinador del FSP (nombre en letra de imprenta) Firma Fecha

ÍTEM N.º 2

Copia del acta de nacimiento de la(el) joven

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Acta de nacimiento

ÍTEM N.º 3

Orden judicial definiendo la custodia y/o la tutela de personas que no son los padres (si procede)

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Orden judicial

ÍTEM N.º 4

Evaluación psiquiátrica

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Evaluación psiquiátrica

ÍTEM N.º 5

Evaluación de la salud mental actual

Página del título de la Sección.

Coloque esta página del título delante del contenido. Evaluación de salud mental